

# PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

CNPJ: 76.017.466/0001-61 CEP: 83.260-000  
 End.: Rua Pastor Elias Abrahão, 22 Fone: 3971-6006  
 Fax: 3971-6006 E-mail: financas@matinhos.pr.gov.br

### NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho/Tipo  
000265/18 Ordinário Orcamentario

ÓRGÃO 12-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
 DOT. 10.301.0113.2.052.3390.30.36.00 MATERIAL HOSPITALAR Nº CONTA 3343

CREADOR 325-STARMED ARTIGOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA CPF/CNPJ 02.223.342/0001-04  
 ENDEREÇO Rua: Benjamin Antonio Ansai 180 FONE CIDADE Curitiba PR

LICITAÇÃO Registro de Preço NÚMERO 90 SOLICITAÇÃO 132/2018 PROC. COMPRA 148 EMISSÃO 16.01.18 16.01.18

VALOR ORÇADO 11.907,00 SALDO ANTERIOR 9.286,57 VALOR DO EMPENHO 823,00 SALDO ATUAL 8.463,57

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	100	UN	Sonda para aspiracao traqueal, c valvula digital, descartavel, esteril, atraumatica, siliconizada, maleavel, transparente, orificios adequado conector universal, confeccionad em PVC no 8. Pacote com 10 unidades. Aquisicao de Material Hospitalar para atender o HNSN e Unidade de Saude	8,2300	823,00

CONTRATO REDUZIDA 03355

FONTE DE RECURSO 495-SUS - ATENCAO BASICA - EXERCICIO CORRE TOTAL LÍQUIDO 823,00



CONFERENTE  IVO MENDES JÚNIOR CRC/PR 047.434/O-2	ORDENADOR DA DESPESA  Prefeito Municipal RUY HAUER REICHERT
TESOURARIA DATA DE PAGTO 01/03 CHEQUE Nº 0031 BANCO 5265  TESOUREIRO	EMITIDO 16/01/18 LIQUIDAÇÃO 1/1  EMITENTE

#### RECIBO

DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS QUE RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA GUIA DE PAGAMENTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO

EM: 1/1 \_\_\_\_\_ NOME/CPF ASSINATURA

RECEBEMOS DE STAR MED ARTIGOS MEDICOS E HOSP. LTDA. OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	N. 000051041 SÉRIE 1

 <b>Identificação do emitente</b> <b>STAR MED ARTIGOS MEDICOS E HOSP. LTDA.</b> RUA BENJAMIN ANTONIO ANS AL, 180 NOVO MUNDO Cep:81030-490 CURITIBA/PR Fone : 4 1324 68798	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SÁIDA	
		<b>CHAVE DE ACESSO DA NFE</b> <b>4118 0202 2233 4200 0104 5500 1000 0510 4110 0783 884</b>
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da SEFAZ Autorizada		

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 141180020548935 05/02/2018 15:19:17-02:00
INS CRIÇÃO ES TADUAL 9014634921	INS C.ES TADUAL DOS SUBS T. TRIB. CNPJ 02.223.342/0001-04

DES TINATARIO/REMETENTE		CNPJ/CPF		DATA DE EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS		76.017.466/0001-61		05/02/2018
ENDEREÇO RUA PASTOR ELIAS ABRAHAO,22	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 83260-000		DATA ENTRADA/SÁIDA 05/02/2018
MUNICÍPIO MATINHOS	FONE/FAX 4139716006	UF PR	INS CRIÇÃO ES TADUAL	HORA ENTRADA/SÁIDA 15:16:00
FATURA				
1 051041 07/03/2018 823,00				

CÁLCULO DO IMPOSTO				
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 823,00	VALOR DO ICMS 148,14	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 823,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DES CONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
VALOR TOTAL DA NOTA				823,00

TRANS. PORTADOR/VOLUMES TRANS. PORTADOS				
RAZÃO SOCIAL ATIVALOG	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE	CÓDIGO ANTI	PLACA DO VEÍCULO	UF
ENDEREÇO RUA MARIALVA		MUNICÍPIO PINHAIS	UF PR	INS CRIÇÃO ES TADUAL ISENTO
QUANTIDADE 2	ESPECIE CX	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 10,000
				PESO LÍQUIDO 9,000

COL. PROD	DES CRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CS	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
SONAS PV08102	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL S PYRA C/ VALV 08 - EDSONDA - LT: 0000042425 - VAL: 30/11/21	90183929	000	5102	PT	100,00	8,23000000	823,00	823,00	148,14	0,00	18,00%	0,00%
<p><i>Art 1033 OK 07.02.18</i></p> <p><i>18091-2</i></p> <p><i>Fonte 495 Alameda Frância</i></p>													

INS CRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
----------------------	--------------------------	--------------------------	----------------

<b>DADOS ADICIONAIS</b> <b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b> Protocolo: 141180020548935 Pedido: 052836 Nota Fiscal: 051041 Dt. Impressão: 05/02/18B.BRASIL AG 3406-1 CC 133716-5N EMPENHO 00026518 LOCAL DE ENTREGA - AV. PARANA 828, TABULEIRO - MATINHOS PR - CEP 83260-000, DAS 8 AS 14 HRS AGENDAR ENTREGA COM ATE 48 HRS DE ANTECEDENCIA. ***CONFIRAR O NUMERO DE VOLUMES NO ATO DA DESCARGA. NO CASO DE FALTA DE VOLUME COBRAR DA TRANSPORTADORA. RECLAMACOES SOMENTE SERAO ACEITAS NUM PR. MAXIMO DE 24 HORAS APOS A ENTREGA DO MATERIAL. CONFERIDO POR: _____ DATA: _____/_____/_____*	<b>RESERVADO AO FISCAL</b>
---	----------------------------



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
**RUA PASTOR ELIAS ABRAHÃO, 22**

**CNPJ: 76.017.466/0001-61**

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO:** 001086    **EMPENHO:** 000265/18    Ordinário

**Órgão:** 12 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE    01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
**Dotação:** 103010113 2 052 339 30.00.00 MATERIAL HOSPITALAR    03355  
**Projeto/Atividade:** ACOES DO EIXO DE ATENCAO BASICA EM SAUDE

**Credor:** 325 STARMED ARTIGOS MEDICOS E HOSPITALA    **CNPJ/CPF:** 02.223.342/0001-04  
 Curitiba

**Licitação:** Registro de Prec 90

**Objeto da Despesa:** MATERIAL HOSPITALAR    MATERIAL DE CONSUMO  
**Valor da Liquidação: R\$** 823,00    (oitocentos e vinte e tres reais\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

**Retenções:**

**Total das Retenções:**

**VALOR LIQUIDO:** 823,00

495 SUS - ATENCAO BASICA - EXERCICIO CORRENT

**Analisando a presente despesa, em fase de liquidação, constatamos:**

- 1 - Nota de Empenho (NE) Original devidamente assinada.
- 2 - Nota Fiscal (NF) original, ou Fatura, ou Recibo original, com a assinatura e identificação do credor, ou Folha de Pagamento de Pessoal elaborada pelo setor competente, ou Ofício de Diária, ou Ofício de Adiantamento para Despesas com Viagem. No caso de despesa vinculada a contrato ou convênio, o pagamento solicitado está de acordo com o pactuado.
- 3 - Coincidência nos credores constantes na NE, NF e Recibo.
- 4 - Correlação dos valores constantes na NE, NF e recibo.
- 5 - Atestado de serviço prestado/recebimento de material, com data, assinatura e identificação do responsável.
- 6 - O interessado está em dia com as Certidões Negativas.

A despesa correspondente aos dados preenchidos neste formulário está devidamente liquidada, de acordo com o estabelecido no artigo 63 da Lei 4.320/64.

Considerando as informações acima, que significam a legalidade da despesa, responsabilizo-me pelo pagamento correspondente a esta liquidação, cujo valor bruto é R\$ 823,00 (oitocentos e vinte e tres reais\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

descontando as deduções cabíveis de R\$    em conformidade com a Lei.

Matinhos,    05    de Fevereiro    de 2018.

07/03/2018

- BANCO DO BRASIL -

12:47:43

**COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA**

**FORMA DE PAGAMENTOS: CRÉDITO EM CONTA CORRENTE**

**CLIENTE: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE MA**

**AGÊNCIA: 3850-4**

**CONTA: 00.000.018.091-2**

=====

**DATA DA TRANSFERÊNCIA:**

**01/03/2018**

**NÚMERO DO DOCUMENTO:**

**000420000000**

**VALOR TOTAL:**

**823,00**

**\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA :**

**CLIENTE: STARMED ARTIGOS MEDICOS E HOSP**

**BANCO : 001 - Banco do Brasil S.A.**

**AGÊNCIA : 3.406-1**

**CONTA : 00.000.133.716-5**

=====

**Nr. Autenticação: 3.29C.C66.05D.60D.B43**